
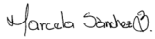

 <small>Entidad de Gestión Administrativa y Técnica</small> <small>Creación - Modernización - Integración</small>	PROCESO CONTROL INTERNO Y AUDITORÍA				CÓDIGO: PRCI-FR-19						
	FORMULARIO SARLAFT PERSONA JURÍDICA				FECHA: 1/07/2022						
					VERSIÓN: 5						
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT											
FECHA DILIGENCIAMIENTO:	Diciembre 20 de 2022		CIUDAD:	Bogotá D.C.	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca					
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN QUE REALIZARÁ CON EGAT (MARCA CON X)											
ASEGURADOR	<input type="checkbox"/>	PROVEEDOR	<input type="checkbox"/>	CONTRATISTA	<input checked="" type="checkbox"/>	PARTICULAR	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>	CUAL:	
I. PERSONA JURÍDICA											
RAZÓN SOCIAL	SMN SOLUCIONES INTEGRALES S.A.S				NIT:	900343346-1					
CORREO ELECTRÓNICO	gerencia@smnsolucionesintegrales.com										
REPRESENTANTE LEGAL:	TIPO DE DOCUMENTO		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES:						
	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: <input type="text"/>		Sánchez	Bravo	Claudia Marcela						
	NUMERO DOCUMENTO		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA EXPEDICIÓN DD/MM/AAAA						
	52110813		Bogotá D.C.		19/05/1993						
	DIRECCIÓN DOMICILIO		CIUDAD/MUNICIPIO	PAÍS	TELÉFONO/CELULAR						
Calle 99 A N. 68 B – 60 Bogotá D.C. – Colombia		Bogotá D.C./Cundinamarca	Colombia	312 4818233							
TIPO DE EMPRESA		ACTIVIDAD ECONÓMICA				TIPO DE SOCIEDAD					
PÚBLICA	<input type="checkbox"/>	INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/>	AGRÍCOLA	<input type="checkbox"/>	SERVICIOS FINANCIEROS	<input type="checkbox"/>	ANÓNIMA	<input type="checkbox"/>		
MIXTA	<input type="checkbox"/>	COMERCIAL	<input checked="" type="checkbox"/>	FARMACÉUTICA	<input type="checkbox"/>	OTRA	<input type="checkbox"/>	LIMITADA	<input type="checkbox"/>		
PRIVADA	<input checked="" type="checkbox"/>	ASEGURADOR	<input type="checkbox"/>	TRANSPORTES	<input type="checkbox"/>	CUAL:		S.A.S.	<input checked="" type="checkbox"/>		
EXTRANJERA	<input type="checkbox"/>	SERVICIOS	<input type="checkbox"/>	SERVICIOS DE SALUD	<input type="checkbox"/>			OTRA:	<input type="text"/>		
DIRECCIÓN PRINCIPAL EMPRESA:		CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX						
Calle 99 A N. 68 B – 60 Bogotá D.C. – Colombia		Bogotá D.C.	Cundinamarca	Colombia	3124818233 / 6018125007						
INFORMACIÓN TRIBUTARIA											
RENTA/CEE	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IVA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ICA	CÓDIGOS CIU						
					4659 PRINCIPAL 6920 SECUNDARIA						
GRAN CONTRIBUYENTE	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	AGENTE RETENEDOR	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AGENTE AUTORETENEDOR	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>						
II. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)											
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS				SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>							
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO				SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>							
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL				SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>							
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA				SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>							
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:											
III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN											
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)		% PARTICIPACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN			NUMERO IDENTIFICACIÓN					
Claudia Marcela Sánchez Bravo		100%	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> E.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	52110813							
			C.C. <input type="checkbox"/> E.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>								
			C.C. <input type="checkbox"/> E.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>								
			C.C. <input type="checkbox"/> E.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>								
			C.C. <input type="checkbox"/> E.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>								
IV. INFORMACIÓN FINANCIERA											
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	\$	36.107.000	ACTIVOS TOTALES	\$	327.768.000						
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	\$	3.323.727	PASIVOS TOTALES	\$	143.068.000						
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	\$	34.613.000	PATRIMONIO	\$	184.700.000						
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	\$	2.940.895									
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES: Rendimientos Financieros											
V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES											
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>									
IMPORTACIONES	<input type="checkbox"/>	EXPORTACIONES	<input type="checkbox"/>	INVERSIONES	<input type="checkbox"/>	Especifique cual: <input type="text"/>					
OPERACIONES DE REDESCUENTO	<input type="checkbox"/>	LEASING	<input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS	<input type="checkbox"/>						
PRESTAMOS MONEDA EXTRANJERA	<input type="checkbox"/>	PAGOS SERVICIOS	<input type="checkbox"/>	OTRAS	<input type="checkbox"/>						
TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAÍS	MONEDA					

 <p>Entidad de Gestión Administrativa y Técnica Gestión - Transparencia - Progreso</p>	PROCESO CONTROL INTERNO Y AUDITORÍA		CÓDIGO: PRCI-FR-19
	FORMULARIO SARLAFT PERSONA JURÍDICA		FECHA: 1/07/2022
			VERSIÓN: 5
VI. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS			
Declaro expresamente que: 1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px 0;"> Venta y Comercialización Insumos Médicos </div> 2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano. 3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera. 4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente. 5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.			
VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS			
1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT. 3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa. 4. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado. 5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. APODERADO Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.			
VIII. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN			
CONSIDERACIONES			
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley. 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes. 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:			
AUTORIZACIÓN			
Para efectos de la presente autorización, La Entidad de Gestión Administrativa y Técnica EGAT , con Nit 901.036.590 -8, ubicada en la Calle 13 No 31 - 96 Piso 2, teléfono 2479553 / 3124496925. Declaro expresamente: A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud. B. Que la Entidad de Gestión Administrativa y Técnica EGAT, me han informado, expresamente: 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la Entidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la entidad, incluyendo la determinación de tarifas, análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la Entidad. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por la citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios. 3. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas. 4. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas. 5. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. 6. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información es la EGAT cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) 7. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizar, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.			
IX. FIRMA Y HUELLA			
COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO			
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">  </div> Firma Cliente / Representante Legal		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">  </div> Huella Índice Derecho	
XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN			
1. Fecha	2. Ciudad	3. Plataforma	
4. Nombre de quien verifica:	5. Cargo:		
6. Área:			
8. Resultado de la Verificación:	ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>		7. Observaciones:
9. Firma:			